

## INDICE PROYECTOS ZARAGOZA 1\_2005

2_2005 "Seguimiento odontológico de pacientes infantiles con minusvalía física o psíquica (act-52)" del CS La Jota	Pág. 2 a 4
9_2005 "Deshabitación tabáquica en pacientes diabéticos" del CS Actur Norte	Pág. 5 a 9
10_2005 "Pilotaje del protocolo de atención fisioterápica del paciente con EPOC en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Zaragoza I" del CS Zalfonada	Pág. 10 a 14
81_2005 "Impacto de los problemas de salud en la organización de un centro sanitario en prisión" del C. Penitenciario de Zuera	Pág. 15 a 20
82_2005 "Atención psiquiátrica en un centro penitenciario (act-59)" del C. Penitenciario de Zuera	Pág. 21 a 26
151_2005 "Papel de la matrona en Atención Primaria (act-1)" del CS Actur Norte	Pág. 27 a 30
146_2005 "Gestión por procesos en enfermería psiquiátrica: ingreso, rehabilitación y alta; sistematización en la realización de diagnósticos e intervenciones y en la obtención de resultados en la unidad de media estancia "residencia profesor rey ardid" (act.-129) de la Residencia Rey Ardid	Pág. 31 a 36
53_2005 "Optimización de los protocolos de prevención y tratamiento de las úlceras por presión (UPP) En la U.C.I. del Hospital Ntra. Sra de Gracia (act-30)"	Pág. 37 a 40
121_2005 "Protocolos de actuación ante alergia al latex" del H. Ntra. Sra. de Gracia	Pág. 41 a 47
125_2005 "Implantación de guía clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección nosocomial por catéter intravascular en la U.C.I. del H. Ntra. Sra de Gracia"	Pág. 48 a 55
148_2005 "Proyecto de mejora de la atención al paciente pre-quirúrgico" del H. Ntra. Sra. de Gracia	Pág. 56 a 60
77_2005 "Diseño y elaboración de hoja educativa con indicaciones de enfermería dirigida al paciente con cardiopatías al alta hospitalaria, con el propósito de disminuir los factores de riesgo ligados al estilo de vida y de favorecer la participación activa del PAC" del H. Royo Villanova	Pág. 61 a 64
78_2005 "Implementación en el Sector Zaragoza I del programa de prevención del cáncer colorrectal en Aragón y desarrollo de la guía de práctica clínica "prevención del cáncer colorrectal" del H. Royo Villanova	Pág. 65 a 69
79_2005 "Prevención del síndrome confusional agudo en los pacientes ingresados en el hospital" del H. Royo Villanova	Pág. 70 a 75
80_2005 "Propuesta de mejora calidad de la Unidad de Neurología y Fisioterapia" del H. Royo Villanova	Pág. 76 a 81
139_2005 "Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en salud mental. Sector Zaragoza I" del H. Royo Villanova	Pág. 82 a 85



Departamento de Salud y Consumo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN → (50)

### 1.- TÍTULO

(Continuación proyecto 2004)

Seguimiento odontológico de pacientes infantiles con minusvalía física o psíquica.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **MARIA - LUISA VÁZQUEZ ANDRÉ**

Profesión **ODONTO - ESTOMATOLOGO** Centro de trabajo **C.S. LA JOTA**

### 3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio:

Fecha de actualización:

### 4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar los objetivos del proyecto y las variaciones que se hayan producido en cuanto al responsable, componentes del equipo de mejora, fechas previstas, resultados esperados, relación con las líneas de intervención, indicadores, etc

- Implantar, mejorar y mantener un Programa de PREVENCIÓN PRIMARIA, a todos sus niveles (educación padres-niños, implantación rutinas higiene, control dieta, control índices etc.).
- Disminuir índices COT, CAO, CAOD y mantenerlos en índices conseguidos.
- Ampliar número de niñas incluidas en el proyecto
- Conexión con unidades pediátricas.

AÑO 2005.

Dra. M<sup>l</sup> Luisa Vázquez André. USB C.S. La Jota

5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

- Recogida de la población infantil desde consulta de SBD, admisión, pediatría C.S. La Tota (ampliaremos a C.S. Sta. Isabel mismos servicios).
- Realización libro-folleto de carácter divulgativo para padres-tutores implicados - Borrador -
- 1<sup>o</sup> consulta a niños del programa. Exploración odontológica. Registros. Técnicas H.O.

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

- Estamos a la espera de 2<sup>o</sup> exploración para comprobar y registrar índices y eficacia de puntos de higiene oral.
- Folleto divulgativo en reproducción

7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

- Pendiente de aula docente a padres y divulgación de folleto.
- 2<sup>o</sup> y 3<sup>o</sup> controles a lo largo de 2005.
- Buena acogida en el centro y unidades de Pediatría.



Departamento de Salud y Consumo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

La recogida de niños con uniusualés. No presentan un código específico en los ordenadores que nos hubiera facilitado la recogida. Por lo cual he sido laborioso. Hablaremos con Sr. Isabel.

9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
libros, material específico, material	
didáctico - diapositivas y divulgativo	600€
material informático	400€
<b>TOTAL</b>	1000€ Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:



**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

La utilidad que pretendemos con el proyecto, es sistematizar la atención al paciente diabético y fumador, teniendo en cuenta que la asociación de Diabetes Mellitus y tabaco produce un mayor desarrollo y una mayor progresión de las complicaciones macro y micro vasculares y se produce un incremento exponencial del riesgo cardio – vascular.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Ofertar la intervención breve antitabaco en el 20 % de la población objeto de estudio.
2. Ofertar la intervención intensiva antitabaco en el 12 % de la población objeto de estudio.
3. La deshabituación tabáquica en el 10 % de la población objeto de estudio.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	X				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	X				
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>		X			
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>		X			

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

La prevalencia del consumo de tabaco en la población diabética es muy similar a la de la población general. "Se cree que un tercio de los diabéticos fuman". La adicción tabáquica, es más intensa de lo que se pensaba y el éxito individual de su abandono es muy bajo. Por ello, es necesario el desarrollo de un programa estructurado donde se aborde el problema del tabaco en el diabético.

La fuente de información será la Historia Clínica.

**8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables.

Los proveedores de este servicio serán indistintamente, el personal médico o de enfermería, aprovechando cualquier contacto con el diabético.

La sistematización en la atención al paciente objeto de estudio, viene dada a todos los profesionales sanitarios mediante un resumen del proyecto, junto con los anexos adjuntos, para facilitar la puesta en marcha del mismo.

**9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

Evaluación: Se realizarán tres evaluaciones:

- inicial: Noviembre de 2.004.
- intermedia: Mayo de 2.005.
- final: Noviembre de 2.005.

Indicadores:

- Indicador 1: Pacientes mayores de 12 años de edad, con DM y tabaquismo a los que se oferta consejo básico o intervención breve antitabaco y que consta en historia clínica.

- Indicador 2: Pacientes mayores de 12 años de edad con DM y tabaquismo a los que se oferta intervención intensiva antitabáquica y que conste en Historia Clínica.

- Indicador 3: Pacientes mayores de 12 años de edad con DM y tabaquismo, que hayan abandonado el consumo de tabaco durante el período de observación del estudio ( Noviembre de 2.004 a Noviembre de 2.005) y que conste en Historia Clínica.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Noviembre de 2.004

Fecha de finalización: Noviembre de 2.005

Caleandario:

Octubre de 2.004: reuniones del Equipo de Mejora para el Proyecto de 2.004. Ultimar y modificar si se considera para su posterior presentación.

Noviembre de 2.004: Presentación del Proyecto al Equipo.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)**

Diciembre de 2.004: Analizar los resultados de la 1ª evaluación.

Mayo de 2.005: 2ª Evaluación o Evaluación intermedia

Noviembre de 2.005: 3ª Evaluación o Evaluación final.

Colaboran en las tres evaluaciones los cuatro miembros del Equipo de Mejora.

El tamaño muestral para la evaluación será de 100 historias, elegidas de forma aleatoria.



<b>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)</b>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Videoprojector BENQ PB 6100, con mando a distancia.	870 €
Ordenador personal FUJITSU SIEMENS AMILO A 1640	1.200 €
Pantalla mural 180 x 190 cm de proyección frontal	180 €
Material de imprenta y papelería: cuadernos anillados, fotocopias... etc.	200 €
Asistencia a un curso de Deshabituación tabáquica	400 €
<b>TOTAL</b>	
<b>2.850 €</b>	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

Zaragoza, 7 de Enero de 2.005.





**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

- **Incorporar el tratamiento de fisioterapia en los pacientes con EPOC, hasta el momento poco utilizado en Atención Primaria.**
- **Existencia de evidencia científica de mejora de calidad de vida en pacientes con EPOC tratados con técnicas fisioterápicas en AP.**
- **Evidencia científica de la menor necesidad de tratamiento farmacológico en estos pacientes y del número de ingresos y de la duración de la estancia hospitalaria.**

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

**El protocolo pretende la prevención de crisis y fomentar los autocuidados. Los resultados que se espera conseguir son:**

- **Puesta en marcha del protocolo.**
- **Incluir al menos a 10 pacientes en protocolo, por fisioterapeuta, que inicien y acaben tratamiento, durante 2005.**
- **Adecuar nuestro trabajo a las recomendaciones del protocolo, enseñando al 100% de los pacientes la respiración abdominal.**
- **Mejorar la coordinación entre los médicos de AP y fisioterapeutas mediante la realización de sesiones clínicas específicas sobre fisioterapia respiratoria.**

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	X				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>				X	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	X				
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	X				

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

**En el momento actual no hay ningún paciente incluido en el protocolo de Atención Fisioterápica de EPOC en las unidades de Fisioterapia de AP del Sector Zaragoza I. Las unidades de Fisioterapia de AP del Sector Zaragoza I disponen de una bicicleta estática por unidad.**

**Realizamos una tormenta de ideas para analizar las causas por las que no se aplica el protocolo. Estos son los resultados:**

**- Fisioterapeutas: -desconocimiento del protocolo de Fisioterapia en EPOC.**

**-falta de actualización en técnicas de fisioterapia respiratoria.**

**- EAP: -desconocimiento del protocolo de Fisioterapia en EPOC.**

**-desconocimiento de los beneficios que la Fisioterapia puede proporcionar a los pacientes con EPOC.**

**- Recursos Materiales: necesidad de recursos materiales mínimos (fonendoscopio, pulsioxímetro, bicicleta ergométrica, medidores de PIM Y PEM)**

**- Organización Unidad de Fisioterapia: falta tiempo para la aplicación del protocolo debido a la gran demanda existente, la derivación incorrecta y la derivación orientada casi exclusivamente a algias del aparato locomotor y procesos degenerativos (artrosis).**

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Realizar una sesión clínica para revisar el protocolo de actuación fisioterápica en EPOC y las técnicas de fisioterapia respiratoria.**
- Realizar una sesión clínica con el EAP para presentar el protocolo e indicar los criterios de derivación.**
- Generar agendas específicas para la derivación de pacientes con EPOC.**
- Realizar sesiones de casos clínicos.**

**9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

**Se realizará una evaluación a finales de 2005, tomando los siguientes indicadores:**

- **Estructura (recursos materiales): fonendoscopio, bicicleta ergométrica, pulsioxímetro, medidores de PIM Y PEM.**
- **Nº de pacientes incluidos en protocolo/fisioterapeuta. Estándar: 10**
- **Nº de pacientes que finalizan las 10 sesiones/nº de pacientes que inicial protocolo**
- **Registro de información más importante en la Historia de Fisioterapia.**
- **Indicadores de proceso: nº de pacientes a los que se les enseña la respiración abdominal/nº de pacientes incluidos en protocolo. Estándar: 100%**
- **Nº de pacientes que cumplen los criterios de derivación/nº de pacientes incluidos en protocolo y que finalizan tratamiento.**

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Junio 2004

Fecha de finalización: Diciembre 2005

Calendario:

Junio 2004: Análisis del problema

Octubre 2004: Redacción del Proyecto y búsqueda bibliográfica

Noviembre 2004: Sesión clínica de actualización

Diciembre 2004: Sesión clínica con el EAP

Enero 2005: Generar agendas e iniciar aplicación del protocolo

Mayo 2005: Primera valoración de los indicadores



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Impacto de los problemas de salud en la organización de un centro sanitario en prisión.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos José Manuel Arroyo Cobo

Profesión Médico Centro de trabajo Centro Penitenciario de Zuera

Correo electrónico: josemarroyo@telefonica.net

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Alberto Esteban Vicente	medico	CP Zuera
Elena Garces	enfermera	CP Zuera
Ana Duato	enfermera	CP Zuera
Javier Molina	supervisor	CP Zuera

#### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

El Servicio Sanitario de la Pirisón tiene la función de la prestación de la atención primaria a las personas ingresadas en prisión, así como la coordinación con los recursos extrapenitenciarios encargados de la asistencia especializada y hospitalaria de esta población.

La organización de este tipo de sanidad no ha encontrado una respuesta homogénea y válida en todos los casos, para satisfacer las necesidades de asistencia que presentan los reclusos<sup>1-2-3</sup>. En parte debido a las características específicas que la diferencian de la asistencia que se presta fuera de prisión y que entre otras son las siguientes:

- La falta de homogeneidad de demandas dentro de cada prisión, debido a que hay módulos o prisiones de mujeres y de hombres, recintos de jóvenes y adultos, individuos a la espera de juicio que acaban de ingresar en prisión o saldrán pronto en libertad provisional o internos que ya están cumpliendo condena desde hace años en el mismo centro y van a seguir en él por mucho tiempo más. También hay módulos o prisiones, según el grado mayor o menor de peligrosidad e inadaptación de la conducta del interno, lo que muy frecuentemente va asociado a mayor frecuencia de trastornos del comportamiento o enfermedades mentales graves.

- Además de las consultas comunes del nivel primario correspondientes a los grupos de edad hay una mayor prevalencia de patologías asociadas a conductas delictivas, como son los trastornos de personalidad o el abuso de drogas, de enfermedades vinculadas a la exclusión social y la pobreza, ambas frecuentes entre los reclusos, como por ejemplo la tuberculosis o los problemas buco-dentales<sup>4</sup>. También pueden aparecer trastornos como consecuencia misma del encarcelamiento, sobre todo relacionados con la salud mental.

- Otro elemento que determina el tipo de atención sanitaria en prisión es el propio entorno penitenciario. Toda la vida del recluso está organizada sobre la base de la seguridad, la convivencia disciplinada, el horario, etc. En definitiva la institucionalización puede influir de manera importante en la atención médica<sup>5</sup> y por tanto la prestación sanitaria dentro de las prisiones está generalmente reglamentada y supeditada al buen orden y la seguridad del establecimiento, lo que sin duda influye en la forma de trabajo del personal sanitario.

No hay uniformidad en las legislaciones de los distintos países, sobre la manera de prestar estos servicios. En la Unión Europea, ninguna directiva trata de este tema, solamente el Consejo de Europa a través de una recomendación, sin vinculación jurídica alguna, establece una serie de normas en materia de asistencia a los reclusos. Con frecuencia los gobiernos recurren al sector privado para cubrir determinados tipos de asistencia donde la medicina pública se ve desbordada, especialmente en materia de atención a la salud mental y odontológica.

Este Servicio está ya incluido en otro proyecto de calidad centrado en la mejora de la asistencia a los problemas de salud mental de la prisión desde hace 4 años, con resultados esperanzadores.



**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Los trabajos sobre mejora de calidad asistencial en materia de sanidad penitenciaria son muy escasos<sup>6</sup>, es difícil encontrar descripciones amplias y precisas de las actividades que el equipo de AP realiza en un centro de salud de una prisión. Tampoco hay información de las necesidades de salud específicas percibidas por la población penitenciaria. El objetivo de este proyecto es medir el impacto de los problemas de salud de nuestro servicio sanitario en la organización de sus actividades, midiéndolas mediante una encuesta de salud durante un tiempo establecido.

Se utilizará para esta encuesta un formulario específico que incluya:

- 1- La medida cuantitativa de la demanda asistencial (frecuentación y cargas de trabajo de los profesionales), en forma de número de visitas por consulta y día.
- 2- La medida cualitativa de la asistencia mediante la recogida del tipo de procesos atendidos diariamente según la clasificación WONCA
- 3- Perfil epidemiológico de la población atendida
- 4- Morbimortalidad de los procesos más prevalentes
- 5- Consumo de fármacos

El objetivo final del proyecto es aportar datos para una mejor planificación y programación de los servicios y actividades del servicio sanitario del centro.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		X			
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>				X	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>			X		
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	X				

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

No existe ningún estudio previo sobre la metodología a utilizar en la planificación de un servicio médico de atención primaria en prisión

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se partirá de un formulario tipo, empleando un modelo utilizado en las prisiones de Inglaterra y Gales<sup>7</sup> que con las correspondientes adaptaciones servirá para ir recogiendo todos los datos antes señalados en un periodo de tiempo, todavía por determinar, que estará entre tres y seis meses.

### 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

Indicadores para la evaluación

- 1- Datos epidemiológicos de cada variable recogida en la encuesta
- 2- Comparación con encuestas de otros centros de salud no penitenciarios

### 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

Enero 2005

Elaboración del formulario para la encuesta de salud

Marzo 2005

Comienzo de la recogida de datos

Junio 2005

Primera evaluación de los datos y correcciones del formulario si procede

Septiembre 2005

Evaluación final de los datos

Noviembre 2005

Elaboración de memoria con resultados y recomendaciones de mejora

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<u>Material de oficina</u> <u>CARTUCHOS DE IMPRESORA</u>	<u>50</u>
<u>MATERIAL INFORMATICO (cd)</u>	<u>50</u>
<u>LIBROS</u>	<u>100</u>
<b>TOTAL</b> 200 Euros	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

17/1.05

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

ATENCIÓN PSIQUIATRICA EN UN CENTRO PENITENCIARIO

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Jose Manuel Arroyo Cobo

Profesión Médico      Centro de trabajo Centro Penitenciario de Zaragoza

### 3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: Enero 2000

Fecha de actualización: Enero 2005

### 4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar los objetivos del proyecto y las variaciones que se hayan producido en cuanto al responsable, componentes del equipo de mejora, fechas previstas, resultados esperados, relación con las líneas de intervención, indicadores, etc

Los objetivos generales desde el principio del proyecto, se mantienen:

1- Analizar los problemas observados en la atención de la salud mental en el Equipo de Atención Primaria del Centro Penitenciario de Zaragoza, los procesos que se realizan y los aspectos susceptibles de mejora.

2- La elaboración de protocolos consensuados entre el Servicio de Atención Primaria del Centro Penitenciario, el de Atención Especializada y cuantas otras Instituciones intervengan en el cuidado de la salud mental de los reclusos, priorizando el manejo de las patologías más frecuentes, más graves o más problemáticas.

3- Actuaciones en promoción de la salud en materia de prevención de enfermedades mentales.

4- La formación en los temas propios de psiquiatría relacionados con la salud mental en las prisiones dirigida a médicos/as y enfermeros/as.

5- Elaborar indicadores de los niveles críticos de calidad de estos procesos que permitan su evaluación.

Cada año ha habido avances en determinadas líneas dentro de estos objetivos:

2001- Los trabajos del proyecto se centraron en los criterios de derivación a la consulta especializada y hospitalaria.

2002- A partir de un primer estudio de prevalencias de trastornos de salud mental en el centro, la actuación se focaliza en los problemas de patología dual, en concreto los relacionados con Trastornos de Personalidad.

2003- Estudiamos la relación evidenciada entre la presencia de Trastornos de Personalidad deficientemente tratados y el deterioro del clima social de la prisión.  
2004- Se propone y se ensaya un modelo de equipo de atención psiquiátrica ambulatoria, basada en la figura del especialista consultor junto a un equipo específico encargado de los casos de trastornos mentales pero integrado dentro del propio equipo sanitario de atención primaria de la prisión.

## 5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

A lo largo de estos años, sobre la base del ciclo de mejora de Deming, hemos utilizado metodología propia de la epidemiología clásica para plantear estudios de prevalencias, metodología cualitativa para explorar la efectividad de los modelos de asistencia ensayados basándonos en la opinión de los miembros del equipo y metodología y actividades propias de la clínica para desarrollar mejoras en la terapia.

Durante este pasado año 2004 hemos ensayado el modelo de asistencia psiquiátrica ambulatoria con introducción dentro del arsenal terapéutico, de un programa combinado de psicoterapia + farmacoterapia.

El empleo de psicoterapia, se realizó por parte de una psicóloga clínica que se incluyó en el equipo asistencial del centro formado por el psiquiatra consultor y el médico responsable del interno, con el que se coordinó.

Los criterios de derivación para psicoterapia fueron los siguientes

- Internos con diagnóstico psiquiátrico: Trastorno mental crónico, trastorno de personalidad, patología dual, psicosis (paranoia, esquizofrenia), depresión...
- Internos en un momento de desestabilización psicopatológica, con ingresos psiquiátricos anteriores.
- Internos que solicitan ayuda y hablan habitualmente de su historia, cuya labilidad emocional queda constatada en la necesidad de dirigir instancias que dan cuenta de su problemática psíquica. Son demandas excesivas dirigidas a otros.
- Internos en los que se detectan signos de sufrimiento y malestar psíquico (verbal, conductual o físico), que incluso se refugian porque la relación con los otros la viven como amenazante.
- Demanda excesiva de psicofarmacos sin estabilización.
- Internos primarios en los que se observa desestabilización emocional, confusión o están en situación de riesgo (ser agredidos, agredir o autoagredirse).

## 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

1- Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar en el centro interesado en el análisis y tratamiento de los problemas de salud mental

2- Disponibilidad de datos epidemiológicos referidos a trastornos mentales más prevalentes

3- Desarrollo de un modelo de asistencia especializada ambulatoria y evaluación de resultados de la aplicación del modelo

Durante el pasado año 2004 el proyecto ha puesto en marcha actividades terapéuticas centradas en el efecto de la psicoterapia: El total de internos atendidos por módulos y programas son 47 personas:

Programa Salud Mental: Valoraciones	21	
Tratamientos psicoterapéuticos:	18.	
Programa Disminuidos Psíquicos: Valoraciones	3.	
GAD: Valoraciones para propuesta de estudio	10.	
Propuestas continuar seguimiento individual		2.
Seguimientos individuales	11	

A todos los internos atendidos se le preguntó sobre cómo se habían encontrado y cual era su valoración respecto al trabajo realizado.

Todos, aunque tendríamos que matizar caso por caso, valoraron que habían sido atendidos, marcaron las dificultades con las que se habían encontrado y señalaron que lo que les había permitido hablar de sus cosas personales, que en muchos casos jamás habían dicho, era la relación de confianza que habían establecido. También señalaban que haber hablado y haberse sentido escuchados les había ido bien, salían más tranquilos y se encontraban mejor.

## 7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

### CONCLUSIONES DEL PROYECTO DURANTE EL PASADO AÑO

La introducción de la psicoterapia entre las posibilidades terapéuticas que se han ofrecido dentro del modelo de asistencia, ha dado lugar a las siguientes conclusiones:

1- La valoración subjetiva general de los internos ha sido positiva. Han considerado que podían abordar y hablar de cuestiones privadas e íntimas, así como manifestarse de forma diferente. Valoraban positivamente poder hablar y sentirse escuchados, manifestaban que esto les tranquilizaba.

2- El periodo de intervención ha sido muy limitado, estando indicado la continuidad del tratamiento.

3- Existe demanda de ser atendidos, desde un servicio enmarcado en el ámbito de la salud mental, por parte de los internos. Sería recomendable establecer un Programa de Atención a la Salud Mental al que los internos pudieran acceder por medio de sus demandas particulares. Señalar que en esta experiencia se atendía a los internos derivados por otros profesionales.

4- Desde el Servicio Médico se valora la necesidad de establecer un Programa de Atención a la Salud Mental, en el que la terapia psicofarmacológica se vea complementada y apoyada por la atención psicoterapéutica, así como la importancia de establecer Sesiones Clínicas, grupos de trabajo y formación para mejorar la calidad de la Atención en Salud Mental.

5- Desde la perspectiva diagnóstica, las patologías que predominan son las patologías del pasaje al acto, que pueden quedar enmarcadas en los trastornos límite de la personalidad. Entre las psicosis, predomina la esquizofrenia paranoide.

6-El trabajo realizado ha puesto en evidencia la necesidad de implantar un Programa de Atención a la Salud Mental.

7- Señalar que existe demanda, tanto desde la Institución Penitenciaria, por medio de sus profesionales, como por parte de los internos.

8- El índice de malestar psíquico y patología psíquica en la población reclusa es muy alto. Predominan las patologías de pasaje al acto agresivo.



## CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

**1-Continuar con la elaboración de protocolos de derivación consensuados entre el Servicio de Atención Primaria del Centro Penitenciario y el de Atención Especializada** Consolidación formal del modelo del consultor

Consenso de Criterios de Derivación al Equipo de Salud Mental de Atención Primaria Penitenciaria

- Derivación Interna

Coordinación entre el EAP del Centro y el Servicio de Atención Especializada (Protocolos de derivación)

- Derivación Externa

Queda pendiente el desarrollo de los protocolos de derivación y su evaluación

**2-Continuar con las actuaciones en promoción de la salud** en materia de prevención de enfermedades mentales y mejora del clima social del Establecimiento. Sobre todo con funcionarios sanitarios y de vigilancia, con estos últimos, se prepara una exploración de pautas de actuación en relaciones interpersonales que den lugar a un clima estable, en módulos con alto índice de internos conflictivos. Se ha detectado que en este tipo de módulos, los funcionarios se comportan en sus relaciones con los internos de una manera más empática, aunque a la vez igualmente firme, lo que da como consecuencia un clima social más estable. Durante este año se proyecta investigar estas pautas de comportamiento, que se consideran ideales para el manejo de internos conflictivos. El objetivo será la operativización de las variables que influyen en estos comportamientos, que pueden considerarse como verdaderas terapias psicoeducativas, la intención final es exportarlas y difundirlas a otros módulos donde hay internos conflictivos para que puedan ser conocidas y practicadas por todos los funcionarios. Hay que recordar que la conflictividad de los internos esta relacionada con la incapacidad de adaptación al entorno, muy frecuentemente causada por TP.

**8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO****9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)**

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<u>Material de oficina</u> <u>CARTUCHOS DE IMPRESORA</u>	<u>50</u>
<u>MATERIAL INFORMATICO (cd)</u>	<u>50</u>
<u>LIBROS</u>	<u>100</u>
<b>TOTAL</b> 200 Euros	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

17/01/05

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

Papel de la Matrona en Atención Primaria

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Amelia Pascual Gonzalo

Profesión Matrona Centro de trabajo Centro de Salud " Actur Sur"

### 3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: Diciembre 03

Fecha de actualización: Enero 2005

### 4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar los objetivos del proyecto y las variaciones que se hayan producido en cuanto al responsable, componentes del equipo de mejora, fechas previstas, resultados esperados, relación con las líneas de intervención, indicadores, etc

Los objetivos siguen siendo los mismos:

- **ampliar la información que tiene la población sobre el papel de la Matrona en AP.**
- **mejorar la comunicación entre la población y las Matronas de AP.**
- **rentabilizar los servicios ofertados.**
- **optimizar los recursos humanos disponibles.**
- **fomentar los servicios que puede prestar la Matrona en AP**
- **aumentar la satisfacción de los usuarios**
- **mejorar la calidad asistencial**

**Las variaciones, han sido:**

- la Responsable, es la misma.
- Dentro del Equipo de Mejora, se da de baja Carmen García y se da de alta M<sup>a</sup> Angeles Sánchez.
- Las fechas previstas, se modifican por varios imprevistos: bajas laborales, carga asistencial con la imposibilidad de reunirnos, no sustitución en vacaciones, etc.

**5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO**

. El Equipo de Mejora de Calidad, elaboró una Encuesta semiestructurada. ( de Enero 04 a Mayo 04)

Se pasaron encuestas a 233 mujeres de distintos Centros de Salud de Zaragoza, pertenecientes a los Sectores 1 y 2; se repartieron tanto en la Consulta de la Matrona, como en otras Consultas. Fueron repartidas por la Matrona del Centro de Salud.

En una Reunión, se analizaron los resultados obtenidos. (Mayo 04)

En distintas reuniones, entre Mayo y Julio 04, se revisó Bibliografía valorando las funciones de la Matrona en AP.; así se elaboró un Díptico o Folleto informativo.

Actualmente, está elaborado en borrador y estamos pendientes de la maquetación y apoyo informático para elaborarlo.

**6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO**

Los resultados obtenidos, van siendo satisfactorios. Las encuestas se han respondido correctamente y se van cumpliendo los objetivos.

**7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES**

- 1- Terminar la elaboración del folleto informativo.
- 2- De Enero 05 a Julio 05, entrega del folleto a la población.
- 3- De Junio 05 a Diciembre 05, volver a pasar las encuestas y analizar los resultados.

**8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO**

- 1- dificultad a la hora de reunirnos, pues cada una estamos en distintos Centros de Salud.
- 2- Necesidad de ayuda por Expertos en Informática, para la elaboración del folleto, por ausencia de conocimientos.
- 3- Mala gestión del tiempo, sin pensar en los posibles imprevistos.
- 4- Gran carga asistencial.

**9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)**

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<b>TOTAL</b>	Rellenar exclusivamente en

Anejo 3

Solicitud de inclusion en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)

caso de presentar a una  
convocatoria del Programa de  
Apoyo

Fecha y firma:

**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD  
ACTUALIZACIÓN**

**1. - TÍTULO**

**GESTION POR PROCESOS EN ENFERMERIA PSIQUIATRICA : INGRESO ,REHABILITACIÓN Y ALTA ; SISTEMATIZACION EN LA REALIZACION DE DIAGNOSTICOS E INTERVENCIONES Y EN LA OBTENCION DE RESULTADOS EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA “RESIDENCIA PROFESOR REY ARDID”.**

**2. - RESPONSABLE DEL PROYECTO**

**Nombre y apellidos: ESTHER SAMANIEGO CORCUERA**

**Profesión: D.U.E.**

**Centro de trabajo: Residencia profesor Rey Ardid**

**3. - FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN**

**Fecha de inicio: 25 -01-2003**

**Fecha de actualización: 12-01-05**

**4. - OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO**

Indicar los objetivos del proyecto y las variaciones que se hayan producido en cuanto al responsable, componentes del equipo de mejora, fechas previstas, resultados esperados, relación con las líneas de intervención, indicadores, etc.

El **objetivo principal** de nuestro trabajo sería elaborar por escrito un Manual de Procedimientos de enfermería psiquiátrica recogidos en el mapa de Procesos y aplicar medidas de Control. En el Mapa de Procesos de ingreso ,rehabilitación y alta se deducen procedimientos de enfermería psiquiátrica. En cada Procedimiento se describen acciones relacionadas con nuestra práctica asistencial para la mejora continua de la asistencia a nuestros pacientes .

Entre los objetivos específicos :

- unificar y consensuar objetivos, acciones, responsables, materiales e indicadores para medir el cumplimiento de dichos procedimientos en nuestra práctica diaria.
- revisión sistemática periódica de los procedimientos.
- mejorar la satisfacción profesional a través de los grupos de trabajo en equipo.
- crear grupos de mejora para la resolución de problemas detectados en la definición y en la aplicación de procedimientos de enfermería.
- garantizar la continuidad de la asistencia.
- mejorar la calidad asistencial.
- actualizar procedimientos.

Respecto a los componentes del equipo actual de mejora se han incorporado Begoña Muñoz Zaragoza (DUE) y ha causado baja Aurora Querol Nasarre y temporalmente Sandra West Ortín.

El tiempo estimado para la realización de este trabajo es de entre dos y tres años (2003 – 2006) debido fundamentalmente a que va a requerir una cantidad de tiempo importante el análisis y adaptación a nuestro medio de los procedimientos de diagnóstico, de intervenciones y de resultados enfermeros y comenzaremos con la implantación en los años posteriores.

Debido a cambios informáticos generales que se están llevando a cabo en nuestro centro de trabajo tenemos dificultades para el registro y análisis informático de los indicadores por lo que , mientras se resuelve, nos hemos planteado la elaboración de un Manual de Procedimientos de enfermería Psiquiátrica de la U.M.E. Rev ardid y definición de los indicadores calidad durante el periodo 2005.

El objetivo principal de nuestro trabajo sería elaborar por escrito un Manual de Procedimientos de enfermería psiquiátrica recogidos en el mapa de Procesos y aplicar medidas de Control. En el Mapa de Procesos de ingreso ,rehabilitación y alta se deducen procedimientos de enfermería psiquiátrica. En cada Procedimiento se describen acciones relacionadas con nuestra práctica asistencial para la mejora continua de la asistencia a nuestros pacientes .

Entre los objetivos específicos :

- unificar y consensuar objetivos, acciones, responsables, materiales e indicadores para medir el cumplimiento de dichos procedimientos en nuestra práctica diaria.
- revisión sistemática periódica de los procedimientos.
- mejorar la satisfacción profesional a través de los grupos de trabajo en equipo.
- crear grupos de mejora para la resolución de problemas detectados en la definición y en la aplicación de procedimientos de enfermería.
- garantizar la continuidad de la asistencia.
- mejorar la calidad asistencial.
- actualizar procedimientos.

+Respecto al abordaje de OBJETIVOS del proyecto que estábamos desarrollando :

**GENERALES (En referencia a los temas generales de la convocatoria):**

Mejorar las acciones de enfermería a través de los procesos asistenciales enfermeros que determinan la atención recibida por los pacientes ( **HISTORIA DE ENFERMERIA:** entrevista, exploración, registro, diagnóstico, control y seguimiento, intervenciones enfermeras y resultados en Rehabilitación Psiquiátrica. Dentro de éste cobra especial relevancia el objetivo rehabilitador de conseguir que el paciente entienda cómo cuidar mejor de sí mismo, e incorpore estrategias para saber qué hacer y cómo para sentirse mejor en su enfermedad.



Adaptar al ámbito de la rehabilitación psiquiátrica procedimientos para la realización del diagnóstico enfermero (NANDA), las intervenciones enfermeras y los resultados.

**ESPECIFICOS (En referencia a los temas específicos de la convocatoria):**

Desplegar el sistema de Gestión por procesos implantado en la RPRA al departamento de enfermería diseñando, implantando y monitorizando los procesos de INGRESO (acogida y valoración de cuidados de enfermería), REHABILITACION (planificación, ejecución y evaluación de cuidados en un marco multidisciplinar), ALTA (continuidad de cuidados comunitaria).

### 5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

Para la realización del trabajo se sigue la *metodología* del tipo de los ciclos de mejora continua de la calidad (ciclo PDCA de Deming).

Hemos concluido el diseño de la gestión por procesos en enfermería en la residencia rey ardid : definir procesos, características de calidad, diagramas de flujo, criterios, indicadores y estándares del proceso de ingreso, rehabilitación y alta (hemos concluido las dos primeras fases del ciclo PDCA).Quedaría pendiente la informatización de los indicadores de calidad del mapa de procesos.

Hemos seleccionado 14 diagnósticos de enfermería que se utilizan en nuestra unidad de Media Estancia (según la clasificación de Diagnósticos de enfermería de la NANDA ).De los 14 diagnósticos de enfermería más utilizados en nuestra unidad los hemos relacionado con intervenciones y con resultados recogidos por la nomenclatura NIC Y NOC respectivamente (metodología científica ).

Diseño o modificación de la documentación para su aplicación según necesidades asistenciales. Para la posterior elaboración del Manual de Procedimientos de enfermería nos planteamos las siguientes líneas de intervención :

- recogida de un listado de procedimientos de enfermería psiquiátrica de la Unidad de Media Estancia.
- revisión bibliográfica.
- organización de grupos de trabajo para cada procedimiento.
- elaboración consensuada y escrita de contenidos, documentación, responsables del mismo acciones, problemas, definir indicadores de cada procedimiento, para la posterior elaboración del Manual en el que se incluirán dichos procedimientos.

### 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

Al implantar en el trabajo diario de enfermería la gestión por procesos, con el soporte de la documentación generada (diagramas de flujo, iniciadores, etc.) hemos conseguido redefinir y mejorar la actividad asistencial de enfermería en el ingreso rehabilitación y alta.

La aplicación directa al trabajo diario de enfermería del ciclo Deming y grupos de mejora ha permitido mejorar la actividad asistencial en la resolución de problemas. Esto nos ha dado la posibilidad de detectar y mejorar.

Hemos hecho una selección inicial, tras la revisión y análisis de la bibliografía, de 14 diagnósticos NANDA de enfermería aplicables a la rehabilitación psiquiátrica; además los hemos relacionado con intervenciones y resultados según metodología científica NIC Y NOC.

La implicación de los distintos profesionales en la realización del proyecto ha permitido mejorar el trabajo en equipo.

El resultado que perseguimos mientras dure la implantación informática de los indicadores es : la elaboración de un Manual de Procedimientos de enfermería Psiquiatría y la elaboración de indicadores específicos de cada procedimiento de la Unidad de Media Estancia Rey Ardid.

## 7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

Para el año 2005-2006 :

Indagar y analizar quien trabaja con resultados enfermeros en la rehabilitación psiquiátrica.

Una de las acciones de este periodo de ejecución es el diseño y la implantación de una base de datos en ACCES preparada por la FRRA, para recoger datos Se introducirá en la base de datos la información correspondiente, para proceder en la fase siguiente a un análisis de los resultados de los indicadores y su comparación con los objetivos terapéuticos de enfermería planteados. Dicha acción la posponemos para cuando se resuelvan los problemas informáticos actuales del centro; mientras tanto durante éste año 2004 esperamos concluir el diseño del Manual de Procedimientos de enfermería y el diseño de medidas de control.

Abordar las dos últimas fases del ciclo PDCA de análisis , ajuste, detección de problemas y propuestas de mejora de la gestión por procesos en enfermería del ingreso ,rehabilitación y alta y de los diagnósticos ,intervenciones y resultados enfermeros.

Los resultados obtenidos, constituirán la base para analizar las desviaciones, lo que permitirá identificar y priorizar las oportunidades de mejora.

## 8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

La renovación del sistema informático del centro nos ha obligado a posponer el control informático de la Gestión por Procesos que habíamos previsto.

La dificultad de diseñar indicadores de resultados que queremos conseguir con nuestras intervenciones y como medirlos en nuestra actividad asistencial de enfermería en rehabilitación psiquiátrica.

Nos planteamos intentar investigar cómo medir resultados enfermeros en rehabilitación psiquiátrica.

Compatibilizar la actividad asistencial diaria con la realización del proyecto.

Al estar implicados distintos departamentos asistenciales en un mismo programa de rehabilitación nos resulta difícil medir solo la especificidad de la intervención de enfermería y establecer indicadores de resultados.

La necesidad de formar a más personas del equipo en el modelo E FQM para una mejor aplicación en el trabajo diario.

Conseguir que no se convierta en una burocratización del trabajo.

**9. -PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)**

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<u>FORMACIÓN en el Modelo EFQM, en el ciclo PDCA., Elaboración y adaptación de de base de datos en acces para la recogida de indicadores...,</u>	
<u>Bibliografía sobre calidad asistencial</u>	
<b>TOTAL</b>	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una

Anexo 3

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)

convocatoria del  
Programa de Apoyo

**Fecha y firma:**

*[Firma manuscrita]*  
*[Fecha manuscrita]*

## **PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN**

### **1.- TÍTULO**

Optimización de los protocolos de prevención y tratamiento de las úlceras por presión (UPP) en la U.C.I. del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

### **2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**

**Nombre y apellidos** M<sup>a</sup> CONCEPCIÓN VALDOVINOS MAHAVE

**Profesión** MÉDICO      **Centro de trabajo** H. NTRA. SRA. DE GRACIA

### **3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN**

Fecha de inicio: 02- Febrero- 2004

Fecha de actualización: 02- Febrero - 2005

### **4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO**

Indicar las variaciones que se hayan producido en cuanto al responsable, componentes del equipo de mejora, fechas previstas, resultados esperados, relación con las líneas de intervención, indicadores, etc

Variaciones que se quieren implantar:

- Modificación de la valoración de los factores de riesgo variables durante su ingreso para desarrollar UPP.
- Cambiar la escala de valoración del riesgo de presentar UPP.
- Mejorar el tratamiento de las UPP.

**5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO**

- Implantación de los protocolos:
  - Identificación de los pacientes con factores de riesgo de desarrollar UPP a su ingreso, con evaluaciones periódicas.
  - Aplicación de medidas para intentar reducir o eliminar los factores de riesgo de desarrollar UPP.
  - Sistematización y registro de todas las actividades de enfermería encaminadas a la prevención.
  - Registro y descripción correcta de los estadios de las UPP en los pacientes que ingresan con ellas o las desarrollan a su ingreso.
  - Protocolización y registro del tratamiento de las UPP.

**6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO**

- Unificación de los criterios de actuación de todos los trabajadores de la unidad.
- Reducción o eliminación de los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las UPP.
- Estandarización de todas las medidas y actividades de enfermería en la prevención y localización de las UPP.
- Sistematización de la información y facilitación de los registros de las actividades de enfermería encaminadas a la prevención, localización y tratamiento de las UPP.
- Identificación y descripción correcta de los estadios de las UPP.
- Reducción y optimización del gasto económico y asistencial derivado de la aparición de las UPP.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.
- Facilitación del cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas preventivas y de tratamiento de las UPP.

- Tras la evaluación de los datos obtenidos en este período de aplicación de los protocolos hemos obtenido los siguientes datos:
  - La incidencia de UPP es del 26'16%.
  - La edad media de los pacientes que presentan UPP es de 70'9, con un rango de edad de 34 a 90 años.
  - El 45'45% de los pacientes que tienen riesgo alto o muy alto de desarrollar UPP según la Escala de Norton modificada por el Insalud (ENM), la desarrolla.
  - Con respecto al estadiaje de las úlceras el 65'45% corresponde al grado I, el 21'81% al grado II, el 12'72% al grado III y ninguna de las que se producen llegan al estadio IV.
  - De las UPP que presentan los pacientes curan el 27'2 %.

## **7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES**

- Implantación de modificaciones: 02- Febrero- 2005

Se realizará una primera reunión a los 15 días de la implantación de las modificaciones para detectar posibles dificultades. Y posteriormente se realizaran reuniones trimestrales para control, seguimiento y evaluación.

## **8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO**

- Complimentación escasa y subjetiva de los factores de riesgo variables durante el ingreso (hoja de registro de detección de paciente de riesgo).
- Baja especificidad de la ENM para la valoración del riesgo de presentar UPP en los pacientes críticos.
- Fallo en la aplicación del protocolo de tratamiento de UPP.

**9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)**

<b><u>Material/Servicios</u></b>	<b><u>Euros</u></b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Asistencia a congresos y cursos de formación	1500
Libros	500
<b>TOTAL</b>	<b>2000</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

**Fecha y firma:**

14/1/05

C. Valdonos





**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA:****1) Importancia y utilidad del proyecto:****A) Importancia:**

- La incidencia y la prevalencia de la alergia al látex aumenta progresivamente en el medio sanitario.
- Dentro de los grupos de riesgo nos encontramos tanto con el personal sanitario como con los pacientes ingresados en el servicio.
- Gran desconocimiento por parte del personal sanitario.
- Grave problemática debido a:
  - Las importantes repercusiones que generan en la calidad de vida de los pacientes.
  - La gravedad de las complicaciones.
  - La presencia de múltiples reacciones de hipersensibilidad sin diagnosticar.
  - Gran exposición del personal sanitario a los alérgenos en unidades de cuidados intensivos.
  - La falta de una unidad exenta de látex para el tratamiento de pacientes alérgicos.
  - El aumento del gasto hospitalario.
  - El aumento del gasto socio-sanitario.

**B) Utilidad:**

- Creación de un protocolo de atención a pacientes alérgicos al látex.
- Protocolos de trabajo para el personal sanitario alérgico al látex.
- Estandarización del proceso a seguir por el personal sanitario que presente signos y síntomas de sensibilización al látex.
- Sensibilizar y formar al personal sanitario sobre dicha alergia y medidas a tomar.
- Concienciar al personal sanitario para que se lleven a cabo dichos protocolos.
- Prevención en la exposición a los alérgenos y en la aparición de complicaciones:

- Promover el uso de materiales exentos de látex, en caso de no ser factible tomar las medidas oportunas.
- Identificar y etiquetar el material sanitario que contenga látex en su composición, incluyendo envases de fármacos.

## 2) Métodos de detección y priorización empleados:

El método utilizado es el "Método Hanlon", obteniendo como resultados finales los siguientes:

Oportunidades de mejora:

- 1) Disminuir la reacción al látex.
- 2) Mejorar la satisfacción de los pacientes.
- 3) Mejorar la calidad de la comida hospitalaria.
- 4) Aumentar la intimidad de los pacientes en la U.C.I.

	<u>Magnitud</u>	<u>Severidad</u>	<u>Eficacia</u>	<u>Factibilidad</u>	<u>Total</u>
1)	2	3	2	2	20
2)	3	1	2	2	16
3)	2	0	1	0	0
4)	1	1	2	1	4

**Puntuación cada criterio entre 0-3.**

**La fórmula utilizada:  $Priorización = (M+S) \times E \times F$**

Utilizando la Priorización por comparación de parejas también nos salió el más puntuado: La disminución de las reacciones al látex.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR:**

- Unificar criterios de actuación de los trabajadores de la unidad.
- Reducir o eliminar factores de riesgo que favorecen a la aparición de alergias.
- Estandarizar todas las medidas y actuaciones de enfermería en la prevención y el tratamiento.
- Identificar todo el material que contenga látex en su composición.
- Reducir la incidencia de la alergia al látex en el medio laboral.
- Evitar la aparición de reacciones.
- Facilitar una guía a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimización en la utilización de recursos humanos y materiales.
- Creación de un grupo de trabajo.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

<b>Líneas de intervención</b>	<b>++++</b>	<b>+++</b>	<b>++</b>	<b>+</b>	<b>-</b>
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	<b>X</b>				
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	<b>X</b>				
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	<b>X</b>				
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	<b>X</b>				

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA:****A) Situación de partida:**

- Desconocimiento de las actuaciones a seguir ante un paciente alérgico.
- Falta de previsión por parte del centro, o de quien corresponda, ante un trabajador alérgico.

**B) Causas:**

- Desconocimiento de todo lo relacionado con la alergia al látex por parte del personal sanitario.
- Falta de protocolos de actuación.
- Escasez de productos libres de látex en el ámbito hospitalario.
- Ausencia de registros de productos exentos de látex.
- Falta de formación hacia el personal sanitario.

**C) Fuente de información:**

- Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.
- Consulta con alergólogos y medicina preventiva.
- Información por parte de laboratorios y casas comerciales.
- Trabajo de investigación por el equipo que presenta este proyecto.

**8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR:****Medidas previstas:**

- Protocolizar las actuaciones.
- Sistematizar todas las actuaciones de enfermería encaminadas a la prevención y tratamiento.
- Eliminar factores de riesgo para la prevención de la aparición de alergia en el personal sanitario.
- Formación del personal sanitario.
- Creación de un grupo de trabajo.
- Creación de unidades exentas de látex.
- Promover el uso de materiales libres de látex por parte de los trabajadores.
- Tipificar el material exento de látex para la práctica clínica.

**Responsables:**

- Dirección médica y de enfermería, y todo el personal sanitario.

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:**

Se llevará a cabo a través de encuestas entregadas a todo el personal del Hospital, mediante las que obtendremos datos para los siguientes Indicadores.

Se utilizarán diversos indicadores:

- Aparición de nuevos casos entre el personal expuesto(incidencia):  
número de nuevos casos/total personal sanitario
- Mejora de sensibilizados:  
número de mejoría en sensibilizados/total sensibilizados
- Incidencias por servicios de alérgicos y sensibilizados

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Fecha de inicio: 1 Abril 2005.

Fecha de finalización: 30 Marzo 2006.

Calendario:

Mayo 2005 instauración de protocolo

Septiembre 2005 revisión de protocolo y grado de implantación en los diferentes servicios del hospital.

Reuniones periódicas del equipo de trabajo.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Implantación de guía clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección nosocomial por catéter intravascular en la U.C.I. del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre y apellidos** M<sup>a</sup> Concepción VALDOVINOS MAHAVE

**Profesión** Médico      **Centro de trabajo** Hospital Nuestra Señora de Gracia.

**Correo electrónico:** mmartinezlo@aragob.es

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M <sup>a</sup> Luisa Martínez López	Supervisora	H. Ntra. Sra. de Gracia
Jose Ignacio Corchero Martín	Médico	H. Ntra. Sra. de Gracia
Francisco Ruiz Valero	Médico	H. Ntra. Sra. de Gracia
Nuria Gago Gallego	Enfermera	H. Ntra. Sra. de Gracia
M <sup>a</sup> Paz Gracia Lobera	Enfermera	H. Ntra. Sra. de Gracia
Genoveva Labari Sanz	Enfermera	H. Ntra. Sra. de Gracia
Susana Martínez Forcén	Enfermera	H. Ntra. Sra. de Gracia
Elena Pamplona Calejero	Enfermera	H. Ntra. Sra. de Gracia
Ana Pilar Sánchez Vallespin	Enfermera	H. Ntra. Sra. de Gracia



**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

**♦ IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO**

La incidencia de infección nosocomial por catéter intravascular es uno de los indicadores más representativo de la calidad asistencial.

- Las infecciones nosocomiales por catéter intravascular son un problema de alta incidencia y prevalencia en las UCI.
- Las infecciones nosocomiales por catéter intravascular son potencialmente evitables implantando protocolos de inserción y mantenimiento.
- Las infecciones nosocomiales por catéter intravascular son un grave problema debido a:
  - ★ La morbilidad y mortalidad que conllevan.
  - ★ El aumento del gasto hospitalario (por el tratamiento antimicrobiano, las pruebas diagnósticas,...).
  - ★ La prolongación de la estancia hospitalaria.

La identificación precoz de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular conllevan la instauración de un tratamiento temprano que mejora la morbimortalidad de los pacientes.

- La instauración de un sistema de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular es un aspecto muy importante en el control de la infección nosocomial y de la calidad asistencial de los pacientes ingresados en UCI.

♦ **MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN EMPLEADOS**

- La técnica de grupo usada para **identificar las oportunidades** de mejora ha sido Brainstorming:

- ★ Implantación de guía clínica del catéter intravascular.
- ★ Plan de detección de donantes de órganos y tejidos.
- ★ Estudio de mortalidad en el Servicio de Medicina Intensiva.
- ★ Formación específica en cuidados intensivos del personal de enfermería.

- **Método de priorización** empleado:

Parrilla de análisis:

	DETECCIÓN DONANTES ÓRGANOS	GUÍA CLÍNICA CATÉTER INTRAVASCULAR	ESTUDIO MORTALIDAD SMI	FORMACIÓN ESPECIFICA DEL PERSONAL
Fácil medición.	2	2	3	3
Usuarios afectados.	1	3	1	3
Riesgo para el paciente.	0	3	0	3
Coste del programa de mejora.	2	3	3	0
Necesidad de influencia externa para la solución del problema.	2	3	3	0
Profesionales implicados en el problema.	1	3	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>12</b>

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Estandarizar todas las medidas y actividades en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Sistematizar la información y facilitar los registros de las actividades encaminadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la aparición de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas preventivas, de diagnóstico y tratamiento de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.

- Conocer y analizar la incidencia y prevalencia de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular en la UCI del Hospital Nuestra Señora de Gracia para comparar con estándares de calidad.
- Instaurar un sistema de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Instaurar en la unidad una guía de práctica clínica de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular siguiendo las recomendaciones de las sociedades española y americana de medicina intensiva.

## **6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

<b>Líneas de intervención</b>	<b>++++</b>	<b>+++</b>	<b>++</b>	<b>+</b>	<b>-</b>
<b><i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i></b>	X				
<b><i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i></b>	X				
<b><i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes / usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i></b>	X				
<b><i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i></b>	X				

## **7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

### ♦ SITUACIÓN DE PARTIDA

- Ausencia de uniformidad en las medidas de prevención y tratamiento de las de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Desconocimiento de los datos epidemiológicos de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.

### ♦ CAUSAS

- Falta de protocolos de actuación.
- Falta de registros.

### ♦ FUENTES DE INFORMACIÓN

- Historias clínicas.
- Revisión de las publicaciones relacionadas con el tema.

**8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**♦ MEDIDAS PREVISTAS**

- Instaurar una metodología de inserción de catéter intravascular.
- Sistematizar y registrar las medidas de mantenimiento de los catéteres intravasculares.
- Estandarizar los criterios diagnósticos de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Protocolizar y registrar el tratamiento de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Registro de la epidemiología de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Monitorizar los indicadores de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.

Formación inicial y continuada del personal en las técnicas de inserción, mantenimiento del catéter y tratamiento de las infecciones.

**♦ RESPONSABLES**

- Equipo médico.
- Equipo de enfermería.

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar

♦ **INDICADORES*****Infección relacionada con el catéter:***

$$\begin{array}{l} \text{(De proceso)} \quad \text{N}^\circ \text{ de catéteres infectados} \\ \text{-----} \quad \text{X } 100 \\ \text{N}^\circ \text{ total de catéteres} \end{array}$$

*Fuente de datos:* Hoja de registro.

*Estándar:* 3-15 %.

$$\begin{array}{l} \text{(De proceso)} \quad \text{N}^\circ \text{ de infecciones relacionadas con catéter} \\ \text{-----} \\ \text{1000 días de cateterización} \end{array}$$

*Estándar:* 11 infecciones/1000 días de cateterización.

*Fuente de datos:* Hoja de registro.

***Bacteriemias:***

$$\begin{array}{l} \text{(De proceso)} \quad \text{N}^\circ \text{ de catéteres que presentan bacteriemias} \\ \text{-----} \quad \text{X } 100 \\ \text{N}^\circ \text{ total de catéteres} \end{array}$$

*Estándar:* 0-10%

*Fuente de datos:* Hoja de registro.

$$\begin{array}{l} \text{(De proceso)} \quad \text{N}^\circ \text{ de bacteriemias relacionadas con catéter} \\ \text{-----} \\ \text{1000 días de cateterización} \end{array}$$

*Estándar:* < 6 episodios/1000 días de cateterización.

*Fuente de datos:* Hoja de registro

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

<b>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b>	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: 1 Marzo 2005.	Fecha de finalización: 28 Febrero 2006.
<p>Calendario:</p> <p>Se realizará una primera reunión a los 15 días de la implantación de los protocolos para detectar posibles dificultades. Y posteriormente se realizaran reuniones trimestrales para control, seguimiento y evaluación.</p>	

<b>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)</b>	
<b><u>Material/Servicios</u></b>	<b><u>Euros</u></b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Asistencia a congresos y cursos de formación.	1.000
Proyector para conectar a ordenador.	1.500
<b>TOTAL</b>	<b>2.500</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

**Fecha y firma:**

17/1/05

C. Valdovinos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1. TITULO

**PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE PRE-QUIRÚRGICO.**

### 2. RESPONSABLES DEL PROYECTO

Cristina Hernández	Enfermera
Carmen Miguel	Enfermera
M <sup>a</sup> Antonia Molinos	Auxiliar
Pilar Rica	Enfermera

### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Concepción Abad	Enfermera	H. Nra. Sra. de Gracia
María Herrero	Auxiliar	
Ana C Marín	Enfermera	
Francisca Morte	Enfermera	
Rosario Soteras	Enfermera	
Agurchane Uriarte	Enfermera	



#### 4.-PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

##### ➤ Mejora de atención al paciente pre-quirúrgico.

En primer lugar, la utilidad del proyecto consiste en mejorar la acogida del paciente pre-quirúrgico en el Bloque Quirúrgico y en segundo lugar establecer la creación de protocolos de quimioprofilaxis por especialidades Quirúrgicas y adecuarlos a la práctica asistencial.

Los métodos de identificación de la oportunidad de mejora sería a través de la opinión de los profesionales( Supervisión Bloque Quirúrgico, Supervisiones de las unidades de hospitalización y Facultativos).

#### 5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Facilitar la continuidad de cuidados entre las Unidades de Hospitalización Quirúrgicas y el Bloque Quirúrgico.
- Disponer de una unidad de enfermería de acogida al paciente en el Bloque Quirúrgico.
- Elaborar un plan de cuidados consensuado al paciente prequirúrgico entre los profesionales de las Unidades de Hospitalización Quirúrgicas y los profesionales del Bloque Quirúrgico que recoja los problemas reales y potenciales que se identifican en el paciente, los objetivos que se plantea el equipo de enfermería para resolver los citados problemas y los cuidados que realiza para la consecución de estos.
- Disminuir la morbilidad infecciosa post-quirúrgica.
- Reducir el periodo de hospitalización y los costes.
- Identificar la necesidad de una Comisión de Infecciones por el incremento de la práctica Quirúrgica.

#### 6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	X				
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas		X			
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros pacientes con los servicios recibidos	X				
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	X				

## **7. ANALISIS DEL PROBLEMA**

- Causas por déficits estructurales. Disponer de una unidad de enfermería de acogida al Bloque Quirúrgico.
- Causas que dependen del profesional: Falta de una propuesta de mejora de los cuidados del paciente pre-quirúrgico, falta de protocolos de quimioprofilaxis y su consiguiente adecuación en la práctica asistencial.
- Causas internas de la organización: Falta de homogeneización de criterios en todas las unidades de hospitalización con pacientes pre-quirúrgicos.

## **8. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

- Creación de un grupo de mejora formado por profesionales de las unidades de hospitalización, del Bloque Quirúrgico(quirófanos, anestesia), y la coordinadora de calidad en Enfermería.
- Planificación y diseño de la unidad de enfermería de acogida al Bloque Quirúrgico.
- Elaboración del Plan de Cuidados pre-quirúrgico coordinando tanto las unidades de hospitalización Quirúrgicas como la Unidad de Acogida al Bloque Quirúrgico.

## **9. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

- Realización del calendario de difusión de la información y de responsables de la puesta en marcha del proyecto.
- Nº de Unidades Asistenciales en el que se va a realizar la difusión del proyecto.
- Diseño de hoja de aportaciones y/o sugerencias en el Bloque Quirúrgico.
- Unidades Asistenciales en las que se podría implantar el proyecto de mejora:
  - Unidad de Hospitalización Quirúrgica(1ª Planta)
  - Unidad de Cirugía Menor Ambulatoria(CMA)
  - Unidad de Hospitalización "Sala del Carmen"(Ginecología y traumatología).
- Existencia de un Plan de Cuidados consensuado de Atención al paciente pre-quirúrgico.
- Nº de sugerencias aportadas al equipo de mejora por el resto de profesionales del H. Nra. Sra. De Gracia.
- Nº de pacientes pre-quirúrgicos acogidos en el Bloque Quirúrgico (5525 en el año 2004).

## **10. DURACIÓN Y CALENDARIO**

Se podría fijar una fecha de inicio pero no de finalización de dicho proyecto. El cronograma de actividades sería:

- Formación del equipo de mejora de atención al paciente pre-quirúrgico.
- Propuesta y creación de un plan de cuidados al paciente pre-quirúrgico elaborado por el equipo de mejora.
- Creación de la unidad de Enfermería de Acogida al Bloque Quirúrgico.
- Difusión del proyecto de mejora al H.Nra.Sra. De Gracia.
- Recoger las sugerencias aportadas al equipo de mejora.
- Presentación del plan de cuidados de atención al paciente pre-quirúrgico consensuado entre los profesionales del Bloque Quirúrgico y las Unidades de hospitalización Quirúrgicas que recoja los problemas que se identifican en el paciente, los objetivos que se plantea el equipo de enfermería para resolverlos y los cuidados que realiza para la consecución de estos.

**11. PREVISIÓN DE RECURSOS ( Formativos, tiempo, mejoras.....)**

<b>Material/Servicios</b>	<b>Euros</b>
Formación en sensibilización hacia la calidad y equipos de mejora de la calidad.	
<b>TOTAL</b>	



**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

- AUMENTAR LA MOTIVACIÓN Y PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL PACIENTE CON CARDIOPATIAS EN EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE SU ENFERMEDAD

A PESAR DE LA INFORMACIÓN QUE LLEGA AL PACIENTE CON CARDIOPATIAS SOBRE PREVENCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y GENERO DE VIDA QUE DEBE LLEVAR, LA FRECUENCIA EN LAS RECAIDAS HACEN NECESARIO LA ELABORACIÓN DE UNA HOJA EDUCATIVA QUE SIRVA DE RECORDATORIO Y ESTÍMULO PARA LA MODIFICACIÓN DE HABITOS Y COMPORTAMIENTOS DE SALUD.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- DISMINUIR LA FRECUENCIA EN LAS RECAIDAS DEL PACIENTE.

- ESTIMULAR LA MOTIVACIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y/O SUS FAMILIARES EN EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE SU ENFERMEDAD

- MEJORAR LA INFORMACIÓN QUE LLEGA AL PACIENTE

- FACILITAR LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE

- REDUCIR LOS FACTORES DE RIESGO DEL PACIENTE CON CARDIOPATIAS

**6. RELACION DEL PROYECTO CON LAS LINEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Lineas de intervención	++++	+++	++	+	-
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	X				
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas				X	
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos		X			
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado		X			



Departamento de Salud y Consumo

ANEXO 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información **Problema:**

- RECAIDAS Y COMPLICACIONES FRECUENTES EN EL PACIENTE CON CARDIOPATIAS. NOS INDICAN QUE LA INFORMACION VERBAL NO ES SUFICIENTE
- HAY GRAN DEMANDA DE INFORMACION POR PARTE DEL PACIENTE INGRESADO CON RESPECTO A SU ENFERMEDAD Y, CUIDADOS Y GÉNERO DE VIDA AL ALTA.

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables **Medidas:**

- ELABORAR FOLLETO EDUCATIVO Y DARSELO AL ALTA A LAS ESTRATEGIAS IRÁN DIRIGIDAS A LOS PACIENTES CON CARDIOPATIAS INGRESADOS EN EL HOSP. ROYO VILLANOVA
- CON UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA MULTIFACTORIAL; ES DECIR ABORDAR DE TODOS LOS FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTE UN INDIVIDUO CON CARDIOPATIA TENIENDO EN CUENTA LA PONDERACIÓN DE CADA FACTOR DE RIESGO, GRADO DE CARDIOPATIA Y EDAD DEL PACIENTE INDIVIDUALMENTE.
- LA ELABORACIÓN Y DISEÑO LA REALIZARÁN LOS MIEMBROS DE ESTE EQUIPO
- LA PUESTA EN PRÁCTICA: EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA PLANTA DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

### 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

**Evaluaremos:**

- NIVEL DE CUMPLIMIENTO; Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS; MEDIANTE CUESTIONARIO DE EVALUACION
- GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

### 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: SEPTIEMBRE 2005

Fecha de finalización: NOVIEMBRE 2006

**Cronograma:**

SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2005 → DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL FOLLETO EDUCATIVO  
NOVIEMBRE 2005 → PUESTA EN PRÁCTICA: DAR FOLLETO EDUCATIVO A PACIENTES CON CARDIOPATIAS EN EL MOMENTO DEL ALTA.

EVALUACIÓN TOTAL AL AÑO DE LA PUESTA EN PRÁCTICA DEL PROYECTO







**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

**El cáncer colorrectal es una patología grave y con una incidencia en claro aumento, alcanzando el segundo puesto en cuanto a mortalidad por neoplasias se refiere. La existencia de evidencias científicas de su gran componente hereditario y edad dependiente, amén de la existencia de pruebas diagnósticas de gran rentabilidad, hacen necesario el desarrollo de programas de prevención y diagnóstico precoz.**

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Disminuir la incidencia de Cáncer Colorrectal.
2. Aumentar los casos de diagnóstico precoz.
3. Realizar consejo genético en los casos que proceda.

Como objetivo general, alcanzar la excelencia en la atención en salud a los ciudadanos aragoneses.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	X				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>			X		
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	X				
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	X				

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

**El cáncer colorrectal es la cuarta neoplasia en incidencia y segunda como causa de muerte. En los últimos años se han producido grandes avances en el conocimiento de los mecanismos moleculares y genéticos de su patogenia, y de su historia natural. Se conocen formas hereditarias como la Poliposis adenomatosa familiar (PAF) y el Cáncer colorrectal hereditario no polipósico (S. de Lynch). Por otra parte, se ha demostrado el importante aumento del riesgo de padecer esta enfermedad en familiares de primer grado de enfermos con cáncer de colon.**

**Se dispone de pruebas eficaces en el diagnóstico clínico (endoscopia) y genético.**

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- **Identificación de todos los enfermos con Cáncer Colorrectal en el Sector Zaragoza I, y de las familias con PAF o S.de Lynch.**
- **Identificación de las personas con riesgo medio o alto de padecer cáncer colorrectal.**
- **Aconsejar a los usuarios en riesgo sobre las medidas preventivas y de diagnóstico precoz más eficaces en cada caso.**

### 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

**De forma periódica se realizarán los siguientes controles:**

- **Evaluar el grado de adhesión al programa.**
- **Establecimiento del grado de satisfacción de las personas incluidas en los programas.**
- **Comparación con otros programas en cuanto a grados de adhesión.**
- **Comparación de tasas de incidencia y prevalencia de cáncer colorrectal con otros países.**

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: **1-10-2004**

Fecha de finalización: **sin fecha de finalización**

Calendario:

El cronograma de actividades viene condicionado por el diagnóstico del caso índice, ya que es este punto el que marca el inicio de actuaciones sobre cada grupo familiar, posteriormente el proceso se llevará a cabo como consta en el informe adjunto. Cada usuario recibirá un consejo individualizado según el riesgo que presente.

El programa de prevención se encargará con la periodicidad que marquen las evidencias científicas en cada momento de establecer los controles necesarios, y de avisar oportunamente a los interesados.





**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

Denominamos sd. confusional agudo al síndrome orgánico reversible de breve duración, de inicio generalmente agudo y curso fluctuante, caracterizado por una afectación global de la conciencia, tanto en su forma o expresión como en su contenido asociado a alteraciones psicomotriz y vegetativa.

El Sd. confusional agudo (SCA) es muy frecuente, aparece en el 0,4-1% de la población y entre un 30-50% de los pacientes de más de 70 años hospitalizados sin diferencias de sexo. En ocasiones es uno de los criterios por los que acuden a urgencias pero en otras es una complicación a lo largo de su ingreso.

Hemos detectado que en numerosas ocasiones se puede prevenir dicho síndrome ya desde urgencias anticipándonos a su presencia y evitando en consecuencia las complicaciones y gastos derivados del mismo así como la morbi-mortalidad asociada.

Los planteamientos con el Sd. confusional agudo son reconocer el propio síndrome, identificar la causa responsable y aplicar el tratamiento correcto.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Prevenir la posible aparición de SCA en los pacientes hospitalizados.
- Disminuir la morbi- mortalidad de estos pacientes así como la estancia media hospitalaria y el gasto económico que conlleva su asistencia.
- Detectar precozmente los posibles casos de SCA, evitando así la aparición de posibles secuelas subsidiarias a su aparición.
- Facilitar la información al familiar para que colabore en su detección y prevención. Imprescindible tener una fuente de información adicional que nos informen de los antecedentes.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	X				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	X				
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	X				
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	X				



**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

Llamamos SCA al síndrome orgánico reversible de breve duración, de inicio generalmente agudo y curso fluctuante, caracterizado por una afectación global de la conciencia, tanto en su forma como en su expresión o forma como en su contenido asociada a alteraciones psicomotriz y vegetativa.

El SCA aparece en el 0,4-1% de la población y entre un 30-50% de los pacientes de más de 70 años hospitalizados sin diferencias de sexo. En ocasiones es ya uno de los criterios por los que acude a urgencias pero en otras muchas es una complicación a lo largo de su ingreso.

**8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

Se pretende elaborar una Escala sencilla y práctica que aplicada desde urgencias o al ingreso en planta permita detectar precozmente la posibilidad de aparición o la existencia de factores de riesgo del mismo.

Se realizará en tres fases.

En una primera fase analizaremos todas las historias de los pacientes mayores de 65 años, ingresados en planta de medicina interna en el último año (2004) buscando la presencia de SCA durante su ingreso y analizando los posibles factores de riesgo y factores responsables. Posteriormente se ampliará al área quirúrgica y a menores de 65 años tanto en el área de cirugía como de medicina interna.

En una segunda fase estableceremos los principales factores a considerar en nuestra escala así como una puntuación que establezca el peso específico de cada factor.

En una tercera fase aplicaremos dicha escala a los casos que detectamos con SCA así como a otros casos control para ver la validez de la misma.

Dado que la etiología es multifactorial estableceremos unos posibles factores predisponentes y otros desencadenantes con su peso específico.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: mayo 2005

Fecha de finalización: mayo 2006

Caleandario:

Mayo, junio, julio y agosto 2005 : revisión de las historias

Septiembre, octubre, noviembre y diciembre 2005 : crear la escala y establecer el peso específico de cada factor.

Enero, febrero, marzo y abril 2006: aplicar la escala en los casos de SCA y casos control para ver la validez.





#### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

Los síndromes rígido-acinéticos o parkinsonismos cursan con temblor, rigidez, alteración motriz (acinesia-hipocinesia, bradicinesia, acronocinesia y al. de la marcha), alt. de los reflejos (posturales o de enderezamiento), etc. ; pudiendo ser primario (Enfermedad de Parkinson) o secundario (yatrógeno, tóxico, vascular, infeccioso, endocrino-metabólico, hereditario, etc.). Afecta al 2-3% de la población de más de 55 años (en España se calcula que sólo de la forma primaria hay unos 80.000 pacientes y se diagnostican 10-20 nuevos casos cada 100.000 hab/año), estando el 80% de los casos entre 40-70 años.

Hemos detectado que los pacientes con S. rígido-acinético (parkinsonismos) precisan no sólo del tratamiento farmacológico sino también de una serie de medidas no farmacológicas entre las que se encuentra la fisioterapia. Este tratamiento fisioterapéutico contribuye a enlentecer la evolución de este síndrome.

#### 5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Informar y asesorar a los familiares y pacientes sobre las técnicas de fisioterapia aplicadas a los síndromes rígido-acinéticos, así como de las posibilidades funcionales del paciente para que ellos se involucren y puedan participar en la recuperación.
- Mejorar la calidad de vida de estos pacientes y enlentecer la evolución.
- Complementar al tratamiento farmacológico.
- Intentar disminuir la demanda asistencial debida a complicaciones motrices.
- Aumentar la flexibilidad músculo-esquelética y así mejorar las reacciones posturales.
- Luchar contra la tendencia de estos pacientes a replegarse sobre sí mismos.
- Conseguir la máxima capacidad funcional e independencia en las actividades de la vida diaria (AVD).
- Mantener y mejorar la capacidad ventilatoria.
- Prevenir los trastornos circulatorios provocados por la inmovilidad mantenida.
- Disminuir las complicaciones motrices y prevenir las limitaciones articulares y retracciones tendinosas que podrían ocasionar deformidades permanentes.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	X				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	X				
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	X				
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	X				

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

**8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Con esta beca queremos proporcionar a estos pacientes una explicación completa y asequible de las características del tratamiento fisioterapéutico a través de la elaboración de unos folletos sencillos dirigidos a los pacientes y sus familiares para, en un lenguaje claro y adecuado explicarles los diversos ejercicios y medidas a aplicar a estos pacientes desde el punto de vista de la fisioterapia.

El folleto deberá contener la siguiente información:

- EXPLICACIÓN TEÓRICA. Hace referencia a los conceptos básicos relacionados con los síndromes rígido-acinéticos y las medidas de fisioterapia.
- DIBUJOS O FOTOGRAFÍAS. Expresión gráfica sencilla y de fácil comprensión de los principales procedimientos y técnicas en fisioterapia para los parkinsonismos.

**9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

- La capacidad funcional e independencia en las actividades de la vida diaria.
- La demanda asistencial.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)**

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendarario:





## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

"CONTRIBUCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA A LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN SALUD MENTAL, SECTOR ZARAGOZA I"

Proyecto Multicéntrico, a desarrollar de manera coordinada en los Sectores Zaragoza I, II y III, Huesca y Teruel.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos ARMANDO J. COLOMER SIMÓN

Profesión ENFERMERO Centro de trabajo C.R.P. NTRA. SRA. DEL PILAR

Correo electrónico: [acolomer@aragob.es](mailto:acolomer@aragob.es)

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Helena González Asenjo	Enfermera	CSM Actur Sur. Zaragoza.
José Manuel Granada López	Enfermero	CSM Hospital Provincial. Zaragoza.
Ana Solans García	Enfermera	CSM Hospital Provincial. Zaragoza.
Myriam Acín Navarro	Enfermera	CSM Actur Sur. Zaragoza.
Guadalupe Jiménez Marqués	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Arsenio Ruiz Martorell	Enfermero	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
María Jesús Santacruz Abión	Enfermera	Hospital Ntra. Sra. de Gracia. Zaragoza.
Ana Ortiz Ávila	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Ismael Mediel Chueca	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Mª Mar Zueco Pola	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Rogelio Serrano Lázaro	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Mª Pilar Gimeno Giral	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Lourdes Berné Bordonada	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Juan Carlos Martínez Retuerta	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Mª Antonia Bernad Usón	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Laura Seral Pimentel	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Mª Jesús Bernad Usón	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

Un grupo de pacientes, que se denominan Trastorno Mental Grave, realizan un alto número de estancias hospitalarias en Unidades de Corta Estancia de Psiquiatría, con una mala vinculación, entre sus ingresos, al Centro de Salud Mental Comunitario. Como consecuencia de ello, sus núcleos familiares sufren una importante sobrecarga como cuidadores principales, sin recibir apoyo en estos cuidados.

Vamos a utilizar una ficha epidemiológica diseñada para cuantificar los pacientes aquejados de Trastorno Mental Grave y las estancias que hacen a lo largo del año 2005 en la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

Se pondrán en marcha desde los Centros de Salud Mental, grupos focales de familiares de pacientes con T.M.G., coordinados por una enfermera del C.S.M. y otra de la Unidad de Corta Estancia, con la finalidad de detectar las necesidades sentidas por el grupo.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave, usuarios en el 2005 de la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

Datos de utilización del Centro de Salud Mental Comunitario por estos pacientes.

Diseño preliminar de un programa grupal de autoayuda para familiares de estos pacientes, basado en las necesidades sentidas que hemos detectado.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	x				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>					x
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	x				
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	x				

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

Uno de los principios de la Psiquiatría Comunitaria "la mayoría de los pacientes con Trastorno Mental Grave deben permanecer en su ámbito social comunitario" (Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón), se ve dificultado porque estos pacientes habitualmente no hacen un uso correcto del Centro de Salud Mental, entre ingresos hospitalarios.

Esto aumenta la presión sobre el núcleo familiar, disminuyendo su capacidad de soporte y contención, generando una gran demanda de internamiento hospitalario.

**8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Recogida de información de usuarios de Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica con T.M.G.

Responsables: Enfermeras de la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica.

Detección de necesidades sentidas en grupos focales de familiares de pacientes con T.M.G.

Responsables: enfermeras del C.S.M. y de la Unidad de Corta Estancia de referencia.

**9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

Indicadores de utilización de CSM y Unidad de Corta Estancia por pacientes con TMG. (Ficha epidemiológica y su cuantificación).

Medición de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes con TMG.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Caleandario:

Febrero 05 Primera reunión. Diseño y puesta en marcha de registros

Junio 05 Evaluación de la recogida de datos.

Septiembre 05 Puesta en común de resultados.

Octubre 05 Planificación de la 2ª fase.

Continuidad de cuidados.

Noviembre 05 Puesta en común de resultados y evaluación del proyecto.

**11.-PREVISIÓN DE RECURSOS** (Formativos, tiempo, mejoras...)

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Asistencia a reuniones de coordinación, material bibliográfico, formularios, fotocopias informativas, análisis de los datos, sesión de puesta en común de resultados.	1000
<b>TOTAL</b>	1000 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: \_\_\_\_\_